

簡易版 【心不全メンテナンス外来 診療情報提供書（兼）受診依頼票】

記載日： 年 月 日

貴医療機関名		診療科	
住所		貴医師名	先生
TEL	FAX	御担当者名	様

紹介患者情報

基本情報	フリガナ		男・女	生年月日	西暦 / 大・昭・平・令						年 齢	
	患者氏名				年	月	日		才			
	現 住 所	〒	固定 ()			—						
			携帯 ()			—						

以下、当てはまるものに☑チェックをお願いします

紹介目的	☐ 心エコー検査および総合的な心機能評価・スクリーニング検査の希望 ☐ その他()								
項目	気になるサイン ☐ 息切れ ☐ 浮腫 ☐ 高血圧 ☐ BNP $\geq$ 35								
既往歴									
処方など									
希望日	①： 月 日 ②： 月 日 希望曜日：(☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金)								
予約連絡	当院から患者さんへ直接連絡して調整いたします。 ※患者さんとの調整後に紹介元医療機関様へご報告のご連絡をいたします。								

患者さんへ下記のご説明をお願いします。

●お薬手帳の持参をお願いします。

●待ち時間短縮のため、診療前に血液検査、心電図、胸部レントゲン、心臓超音波などの事前検査を受けていただく可能性があります。